



# UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

---

Facultad de Ciencias de la Salud

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
**Curso Académico 2013-2014**  
**16/06/2014**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

## **PROGRAMA DE FORMACIÓN A ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA**

- AUTOR: Ane Fernandez Bearan
- TUTOR: Victoria Beaumont
- 4º CURSO
- DEFENSA 25 JUNIO de 2014

## RESUMEN

El suicidio representa un grave problema de salud pública. Por ello es de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida.

En este proceso de prevención es relevante el papel de Atención Primaria. Siendo el vínculo entre la comunidad y la atención especializada.

**Objetivo:** Contextualizar la situación de Navarra - Pamplona. Se plantea el desarrollo de un programa educativo dirigido a las enfermeras de los centros de atención primaria de la comarca de Pamplona, con el objetivo de dotar de competencias y habilidades en materia de detección e intervención ante pacientes con riesgo o conductas suicidas.

**Conclusiones:** El suicidio es una de las primeras causas de muerte no accidental. Dada la tendencia en alza de las conductas suicidas en los últimos años y la relevancia del papel de enfermería en atención primaria en materia de detección y abordaje, la introducción de un programa formativo a profesionales de este sector podría ser beneficioso para prevenir o reducir el riesgo.

## PALABRAS CLAVE/ KEYWORDS

- Suicidio/ *Suicide*
- Prevención/ *Prevention*
- Atención primaria/ *Primary Care*
- Programas de formación/ *Training Programs*

## ABSTRACT

Suicide is a serious health problem. It is therefore of great importance to adopt measures and develop strategies aimed at reducing suicidal behavior.

Throughout this prevention process, it is essential the role played by the primary health care, given that it is the link between the community and specialized care services.

**Objective:** To contextualize the situation of Navarra- Pamplona. It is proposed the development of an educational program for nurses in primary health care centers in the region of Pamplona in order to provide them with the necessary skills in matters of detection and intervention of high risk patients or suicidal behaviors.

**Conclusions:** Suicide is one of the leading causes of death in young adults. Since the increasing number of suicidal behaviors in recent times and the significance role of nursing primary health care in detection and clinical approach, the introduction of a training program for professionals in this area could be beneficial in terms of prevention or risk reduction.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
MARCO CONCEPTUAL .....	2
DEFINICIÓN.....	2
EPIDEMIOLOGÍA .....	2
FACTORES DE RIESGO.....	6
FACTORES PROTECTORES.....	8
PREVENCIÓN .....	9
INTERVENCIÓN PREVENTIVO EDUCATIVA EN PROFESIONALES DE LA SALUD de ATENCIÓN PRIMARIA. ....	10
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	11
➤ ENTREVISTA CLÍNICA .....	11
➤ ESCALAS VALORACIÓN .....	13
JUSTIFICACIÓN DEL TEMA .....	15
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	16
METODOLOGÍA/MATERIAL /CRONOGRAMA .....	17
RESULTADOS .....	20
PROPUESTA DE MEJORA .....	21
GRUPO DIANA .....	21
RECURSOS HUMANOS.....	22
PLANIFICACIÓN PROPUESTA .....	22
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES .....	32
AGRADECIMIENTOS.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	34
ANEXOS .....	39



## INTRODUCCIÓN

Actualmente, el suicidio representa un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo y se estima que cada año se suicidan 16 personas de cada 100 000. (1) Además, sus repercusiones en el entorno son muy importantes, puesto que afectan profundamente a nivel social y emocional las vidas de los allegados. En este sentido, los costes económicos asociados al suicidio se han estimado en EE.UU. en unos 25 000 millones de dólares anuales, entre gastos directos e indirectos. (1,2).

Por ello es de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida. La Estrategia de Salud Mental elaborada para el periodo 2009-2013 en España (3), contempla entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo.

Para ello sería interesante formar al personal sanitario de atención primaria para identificar, evaluar, manejar y remitir al suicida en la comunidad. Esto sería un paso importante en la prevención del suicidio (1).

El motivo de enfocarlos desde atención primaria es que son el primer foco de prevención: (1)

- Tienen un prolongado y estrecho contacto con la comunidad y es bien aceptado por las personas de la localidad.
- Proporciona el vínculo vital entre la comunidad y el sistema de atención médica.
- En muchos países en vía de desarrollo, donde los servicios de salud mental no están bien desarrollados, es con frecuencia la fuente primaria de atención médica.
- Su conocimiento de la comunidad le permite recoger apoyo para la familia, los amigos y las organizaciones.
- Está en posición de ofrecer continuidad en la atención.
- Es a menudo, la puerta de entrada a los servicios de salud para aquellas personas afligidas.
- En resumen, el profesional de atención primaria, está disponible, accesible, informado y comprometido en proporcionar la atención necesaria.

## MARCO CONCEPTUAL

### DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986, definió el suicidio como “*un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados*” y el parasuicidio, como “*un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una personase autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico*”.(6)

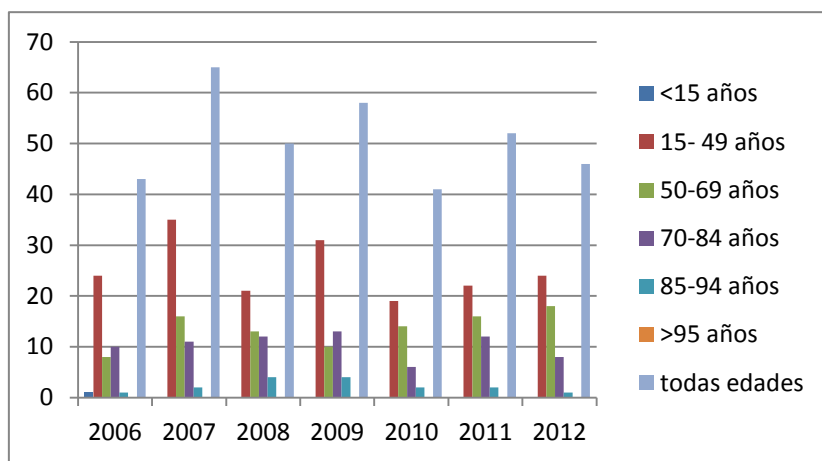
### EPIDEMIOLOGÍA

En España según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2012 hubo un total de 3.539 suicidios registrados (2.724 hombres y 815 mujeres), un 11,3 % más respecto al año anterior. Situándose como principal causa de muerte externa con una tasa de 7,6 por cada 100.00 personas (11.8 en hombres y 3.4 en mujeres), la tasa más alta desde el año 2005. (7)

Entre las personas de 25 a 34 años, el suicidio fue la segunda causa de muerte tras los tumores, con el 15,0% del total de defunciones. Entre los hombres de ese grupo de edad, el suicidio fue la primera causa de muerte (17,8% del total). (7)

En Navarra, los datos de los últimos años presentan escasa variabilidad. La franja de edad con la tasa más alta se sitúa de los 15 - 49 años. Dentro de este rango se encuentran los dos grupos de edad con tasas más altas (adolescentes y adultos jóvenes). (8)

**Figura 1: EVOLUCIÓN SUICIDIOS POR EDAD EN NAVARRA DE 2006 a 2012.**



Elaboración propia. Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística.) (8)

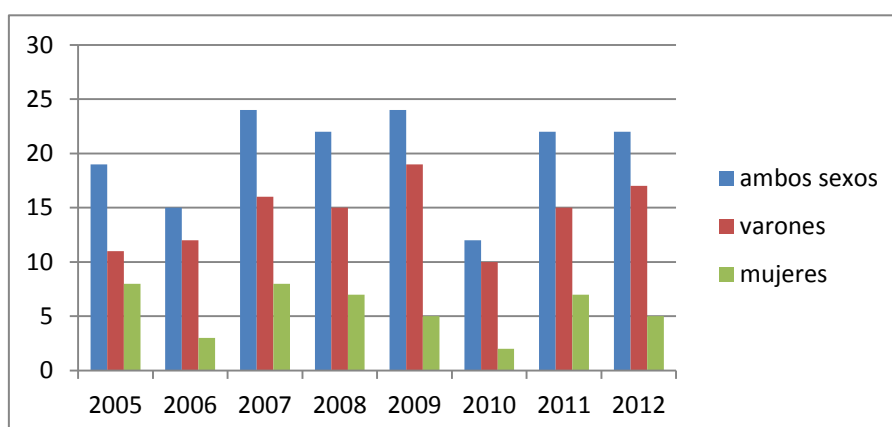
**Tabla 1: Suicidios en Navarra en el año 2012 según sexo y edad.**

	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
15-29 años	2	0	2
30- 39 años	5	2	7
40- 44 años	7	1	8
45 – 49 años	1	2	3
50- 54 años	6	1	7
55- 59 años	6	1	7
60- 64 años	2	0	2
65- 69 años	2	1	3
70- 74 años	1	1	2
75- 79 años	1	0	1
80- 84 años	5	0	5
85- 89 años	1	0	1
90- 94 años	0	0	0
> 95 años	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>9</b>	<b>48</b>

Elaboración propia. FUENTE: INE (instituto Nacional de Estadística).(8)

En el año 2012, la mayor tasa de suicidios se encuentra en la franja de los 50 a los 59 años, con una tasa aumentada en un total de 38 suicidios. (8)

**Figura 2: Evolución del suicidio en Pamplona de 2005 a 2012 según sexo y edad.**



Elaboración propia. Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística). (8)

En Pamplona, los resultados son relativamente homogéneos en cuanto a tasa de suicidio en ambos sexos, identificándose sin embargo un claro descenso en el año 2010. Además, llama la atención la marcada diferencia por sexos, siendo el masculino el más afectado por este tipo de episodios. (8)

## INCIDENCIA SEGÚN MÉTODO UTILIZADO

El boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado el primer estudio en el que se comparan los métodos de suicidio más utilizados en distintos países y por sexos, con la finalidad de fomentar las políticas de prevención del suicidio, limitando el acceso a materiales con los que se llevan a cabo este tipo de conductas. En este estudio se ha detectado que las nuevas políticas de restricción de materiales empleados, deberían centrarse en armas y pesticidas. (9)

Este tipo de políticas preventivas serían más útiles para los suicidios impulsados que para los planeados. (9)

En España, según los datos recogidos del INE en el certificado de defunción en el año 2012, según edad y sexo, el método más empleado es el ahorcamiento o estrangulamiento con un total de 1767 personas (1506 hombres y 261 mujeres). En segundo lugar estaría la defenestración con un total de 796 personas (524 hombres y 272 mujeres). (8)

En el año 2020 se estima que la cifra de suicidios será de 1,53 millones, siendo su tendencia a ser ascendente a medida que pasan los años. (9)

Estas cifras solo indican el número de suicidios consumados, dejando atrás el número de tentativas suicidas, que se estima que es aproximadamente 10-20 veces superior, aunque la falta de estadísticas nacionales e internacionales impide la obtención de datos exactos de la magnitud real del problema. (10)

La obtención de estos datos no es fácil debido a la heterogeneidad del grupo de pacientes en relación a cómo planificaron el suicidio, qué grados de lesión obtuvieron, qué métodos emplearon y con qué intención lo realizaron. Por ello, numerosos autores observan una tendencia a la infranotificación en la mayoría de países, incluido España. (6,11, 12)

Esto, puede estar relacionado con la complejidad de conceptualización de la conducta suicida. La terminología utilizada en muchas ocasiones es compleja tanto para la investigación como para la práctica clínica. Por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas con intención de concretar ciertos conceptos. (6)

## **TERMINOLOGÍA**

Varios autores han desarrollado diferentes clasificaciones con diversas definiciones intentando crear una nomenclatura común que facilite la comunicación, formación e investigación del suicidio.

En 2007, Silverman et al propusieron una nueva clasificación mediante la cual quisieron incluir una nueva clasificación recopilando definiciones propuestas anteriormente por otros autores (O'Carroll et al), considerada como una de las más operativas por el National Institute of Mental Health (NIMH) de EE.UU. (6)

Según la clasificación propuesta por Silverman et al (tabla 2), las definiciones de esta terminología son las siguientes: (6, 11, 12)

- **Ideación suicida:** pensamientos sobre el suicidio (cogniciones). (6)
- **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. Es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. Incluye comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida (6):
  - **Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano (6).
  - **Plan suicida:** es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial (6).
- **Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que(6):
  - a. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad (6).
  - b. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida (6).

Se considera conducta suicida:

- Autolesión/gesto suicida: conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada) (6).
- Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad) (6).
- Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (6).
- Suicidio: muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte (6).



Resulta importante tener en cuenta este tipo de definiciones ya que existe la posibilidad de evaluar la conducta suicida de manera global o evaluar cada uno de estos fenómenos por separado.

## FACTORES DE RIESGO

La conducta suicida no se produce aleatoriamente, de alguna manera se puede predecir, está asociada a una serie de factores que aumentan la probabilidad de que se den tanto la ideación como la conducta suicida. El nivel de riesgo de aumenta proporcionalmente con el número o la cantidad de factores de riesgo que haya (11).

Es importante tener en cuenta estos factores a la hora de evaluar el riesgo de suicidio, valorando de qué manera afectan al individuo. Para ello, existen varias clasificaciones para los factores de riesgo del suicidio.

En esta clasificación, los factores de riesgo se dividen en dos grupos. Por un lado los clínicamente modificables o modificables mediante intervenciones poblacionales (factores sociales, psicológicos y psicopatológicos) y por otro lado los no modificables (factores hereditarios, el sexo o la edad), asociados al propio sujeto y caracterizados por el mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico.

**Tabla 2. Clasificación factores de riesgo.**

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES
<ul style="list-style-type: none"><li>– Trastorno Mental</li><li>– Trastornos afectivos<ul style="list-style-type: none"><li>– Depresión</li><li>– T. Bipolar</li><li>– Distimia</li></ul></li><li>– Esquizofrenia</li><li>– Trastorno de ansiedad</li><li>– Abuso de sustancias</li><li>– Trastorno de personalidad</li><li>– Trastornos de la conducta alimentaria</li><li>– Abuso de sustancias (alcoholismo).</li><li>– Salud física<ul style="list-style-type: none"><li>– Trastornos neurológicos<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Epilepsia</li><li>▪ Lesiones médula espinal / cerebro</li><li>▪ ACV</li></ul></li></ul></li></ul>

- Cáncer
- VIH/SIDA
- Afecciones crónicas: Diabetes, enfermedades renales y hepáticas, enfermedades cardiovasculares, etc.
- Dimensiones Psicológicas
  - Impulsividad
  - Agresividad
  - Pensamiento dictómico
  - Desesperanza
  - Dificultad resolución de problemas
  - Perfeccionismo
  - Rigidez cognitiva

#### **FACTORES DE RIESGO INMODIFICABLES**

- Intentos previos de suicidio o ideación suicida
- Sexo
  - Suicidios consumados (hombres> mujeres)
  - Ideación suicida (mujeres>hombres)
- Edad
  - Adolescentes y adultos jóvenes
  - Edad geriátrica
- Situación socioeconómica, laboral y educativa.
  - Pérdida de empleo, jubilación y pobreza.
  - Altos cargos con alto nivel de estrés.
  - Bajo nivel educativo
- Heredabilidad ( Antecedentes familiares de suicidio)
- Creencias religiosas
- Apoyo sociofamiliar
  - Solteros
  - divorciados
  - vivir solo sin apoyo social
- Eventos vitales estresantes
  - Divorcio

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Separación</li> <li>– Pérdida de seres queridos</li> <li>– Pérdidas financieras</li> <li>– Problemas legales</li> <li>– Acontecimientos negativos</li> </ul>
<b>OTROS FACTORES DE RIESGO:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Historia de maltrato físico o abuso sexual. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Abusos sexuales y físicos</li> <li>– Violencia de género</li> <li>– Agresores</li> </ul> </li> <li>– Orientación sexual <ul style="list-style-type: none"> <li>– Homosexuales→discriminación, ansiedad, falta de apoyo y tensión en sus relaciones interpersonales.</li> </ul> </li> <li>– Acoso por partes iguales <ul style="list-style-type: none"> <li>– Adolescentes (Bulling, etc)</li> </ul> </li> <li>– Fácil acceso armas/medicación/ tóxicos <ul style="list-style-type: none"> <li>– EEUU: armas</li> <li>– CHINA: Plaguicidas</li> <li>– Europa: ahorcamiento</li> </ul> </li> </ul>

Elaboración propia. Fuente: (1, 3, 4,6, 9,11, , 14, 15, 16).

## FACTORES PROTECTORES

Estos son los responsables de disminuir la presencia del suicidio cuando existen factores de riesgo. Se dividen entre los propios de individuo y los propios del entorno

**Tabla 3: Clasificación factores protectores.**

Propios del INDIVIDUO	Propios del ENTORNO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitudes y valores en contra del suicidio</li> <li>- Concepto del valor de la propia vida</li> <li>- Habilidades sociales</li> <li>- Manejo de la Ira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo familiar y social</li> <li>- Participación social</li> <li>- Accesibilidad a los dispositivos de salud</li> <li>- Ambiente estable</li> <li>- Adoptar valores culturales y</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad de resolución de problemas</li> <li>- Creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos.</li> <li>- Autocontrol de la impulsividad.</li> <li>- Alta autoestima.</li> <li>- Alta resiliencia.</li> <li>- Embarazo</li> </ul>	<p>tradicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento integral permanente y a largo plazo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos mentales</li> <li>▪ Enfermedad física</li> <li>▪ Abuso de alcohol</li> </ul> </li> <li>- Restricción accesibilidad armas o medicaciones.</li> <li>- Convivencia en pareja y presencia de hijos</li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Elaboración propia. Fuente: (1, 3, 6, 9, 11, 14, 15)

## PREVENCIÓN

La situación actual y su impacto en la salud pública hacen la necesidad de crear medidas de prevención. Desde hace más de 40 años, la OMS recomienda la elaboración y aplicación de estrategias de prevención del suicidio, en el año 1999 emitió una iniciativa a nivel mundial llamada SUPRE (*Suicide Prevention*) (15) con el objetivo de reducir la morbilidad relacionada con la conducta suicida y eliminar los tabúes que rodean al suicidio. Destacó la importancia de la intervención de un equipo multidisciplinar que incluya sectores sanitarios y no sanitarios (15,16). Se elaboraron una serie de documentos dirigidos a diferentes profesionales y grupos sociales relevantes para la prevención del suicidio: (15).

- Médicos generales y profesionales de atención primaria.
- Profesionales de los medios de comunicación.
- Docentes y demás personal institucional, orientadores psicopedagógicos.
- Funcionarios de prisiones.
- En el trabajo.
- Respuesta de primera línea (bomberos, policías y socorristas).
- Supervivientes de un suicidio<sup>3</sup>.

## PROGRAMAS FORMATIVOS DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Varias recomendaciones (1,3,6,11,16,17,18,20-27) insisten en la formación de profesionales para la prevención del suicidio. Se exige una formación e intervención multidisciplinar en la que no se centre únicamente en los profesionales sanitarios, que incluya a profesionales de la educación y servicios sociales, profesionales de centros penitenciarios, policías y bomberos.

Existen múltiples medidas de prevención. En una de las medidas desarrolladas por la guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida del SNS se desarrolla el abordaje de la prevención desde atención primaria.

### **INTERVENCIÓN PREVENTIVO EDUCATIVA EN PROFESIONALES DE LA SALUD de ATENCIÓN PRIMARIA.**

Los profesionales de atención primaria tienen un papel importante a la hora de la evaluación y manejo de la conducta suicida, debido a la relación de confianza que normalmente tienen con sus pacientes, desarrollada a lo largo de los años. Antes de un suicidio es frecuente el contacto previo con el médico de atención primaria. Así, el 75% de las personas han contactado con su médico en el año anterior a dicho episodio y el 45% en el mes anterior, mientras que solo uno de cada tres lo han hecho con su servicio de salud mental en el año anterior y uno de cada cinco en el mes anterior. (28, 29)

La tipología de los pacientes que se evalúan en este ámbito puede ser de tres tipos (31):

- 1) aquellos que han sobrevivido a un intento de suicidio.
- 2) los que acuden a la consulta manifestando ideación suicida.
- 3) los que tienen ideación suicida pero aun no la han manifestado verbalmente.

Por otra parte, la atención sanitaria proporcionada en atención primaria dependerá de factores como el ámbito asistencial (zona rural o urbana), la experiencia de los profesionales sanitarios implicados y el conocimiento previo del propio paciente. (5)

Durante la carrera profesional, la mayoría de los médicos han tenido contacto en algún momento con un paciente en riesgo de suicidio y, de hecho, el 75% de las personas que han intentado suicidarse han contactado con su médico de atención primaria el año anterior al suceso. Ello hace necesario que estos profesionales tengan una adecuada formación sobre la evaluación y el manejo de la ideación y la conducta suicida. (27)

Una de las propuestas en prevención para lograr disminuir la tasa de suicidio consiste en mejorar la capacidad de los médicos de atención primaria en reconocer y tratar los trastornos mentales (1, 27, 28). La principal medida preventiva de la conducta suicida a

adoptar sería la capacitación de los profesionales en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico de la entrevista clínica.

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La evaluación del riesgo suicida es fundamental para el manejo y la prevención de la conducta, una de las tareas más importantes y difíciles a las que se enfrentan los profesionales de la salud, tanto en atención especializada como en atención primaria. (11)

La dificultad de la estimación del riesgo de suicidio se debe a la propia naturaleza de la conducta suicida y la complejidad que entraña la investigación metodológica de la misma. (11)

La más valiosa herramienta con la que se cuenta a la hora de evaluar el riesgo suicida es el juicio clínico, apoyado siempre por dos complementos de gran utilidad como la entrevista clínica y las escalas de evaluación. (11)

La última edición del Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), recomienda la necesidad de evaluar como eje independiente la presencia o no de riesgo de suicidio. (32)

Existen múltiples instrumentos para la evaluación. Aun así, a falta de un instrumento único de evaluación, es recomendable utilizar lo que más se aproxime a las necesidades del clínico, en función de las características del paciente. Se recomienda el uso de escalas con propiedades psicométricas adecuadas, adaptadas y validadas en nuestro medio, siendo muy importante dejar registrado en la historia clínica los resultados de la evaluación.

### ➤ ENTREVISTA CLÍNICA

Es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida.

Es importante recoger múltiples variables, incluyendo aspectos sociodemográficos, factores de riesgo y de protección, permitiendo un abordaje integral del riesgo de suicidio. En la **tabla. 4** se recogen los aspectos más relevantes que se deben recoger en la entrevista clínica:

**Tabla 4: Aspectos a recoger en la evaluación de un paciente con ideación y/o conducta suicida**

DATOS PERSONALES		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sexo</li> <li>– Edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– País de origen</li> <li>– Grupo étnico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estado civil</li> <li>– Ocupación</li> </ul>
FACTORES DE RIESGO		FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presencia de trastornos mentales</li> <li>– Intentos previos de suicidio</li> <li>– Desesperanza</li> <li>– Presencia de ideación suicida</li> <li>– Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad</li> <li>– Historia familiar de suicidio</li> <li>– Presencia de eventos vitales estresantes</li> <li>– Factores sociales y ambientales</li> <li>– Antecedentes de suicidio en el entorno</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Habilidades de resolución de problemas</li> <li>– Confianza en uno mismo</li> <li>– Habilidades sociales</li> <li>– Flexibilidad cognitiva</li> <li>– Hijos</li> <li>– Calidad del apoyo familiar y social</li> <li>– Integración social</li> <li>– Religión, espiritualidad o valores positivos</li> <li>– Adopción de valores culturales y tradicionales</li> <li>– Tratamiento integral de la enfermedad física/mental</li> </ul>
CARACTERÍSTICAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA		CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Planificación</li> <li>– Evolución</li> <li>– Frecuencia</li> <li>– Valoración de la Intencionalidad y determinación</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desencadenantes</li> <li>– Valoración de la Intencionalidad</li> <li>– Letalidad de la conducta</li> <li>– Método <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicación medicamentosa</li> <li>• Intoxicación por otro producto químico</li> <li>• Daño físico</li> </ul> </li> <li>– Actitud ante la conducta suicida actual</li> <li>– Medidas de evitación de rescate</li> <li>– Despedida en los días previos</li> </ul>
EVALUACIÓN CLÍNICA		TIPO DE CONDUCTA SUICIDA
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alteración del nivel de conciencia</li> <li>– Afectación de la capacidad mental</li> <li>– Intoxicación por alcohol u otras drogas</li> <li>– Enfermedades mentales</li> <li>– Estado de ánimo</li> <li>– Planes de suicidio</li> <li>– Capacidad de otorgar un consentimiento informado</li> <li>– Necesidad de valoración por parte de especialista</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ideación suicida</li> <li>– Comunicación suicida</li> <li>– Conducta suicida</li> </ul>

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Sistema Nacional de Salud (6).

Es importante tener en cuenta que el mejor abordaje viene determinado por diferentes factores, como el escenario, las circunstancias, el tiempo disponible, las condiciones y la disponibilidad de la persona entrevistada, además del estilo, experiencia y preparación propios.

El programa SUPRE de la OMS (1) público algunas recomendaciones para los profesionales sobre la forma de preguntar acerca de los diferentes aspectos de la ideación y la conducta suicidas, orientando sobre cómo obtener la información. **Tabla 5.**

**Tabla 5. Recomendaciones dirigidas a cómo, cuándo y qué preguntar durante la entrevista clínica.**

<p>¿CÓMO PREGUNTAR?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se siente triste?</li> <li>- ¿Siente que nadie se preocupa por usted?</li> <li>- ¿Siente que la vida no tiene sentido?</li> <li>- ¿Tiene tendencia a cometer suicidio?</li> </ul>
<p>¿CUÁNDO PREGUNTAR?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando la persona se siente comprendida;</li> <li>- Cuando la persona se siente cómoda hablando de sus sentimientos;</li> <li>- Cuando la persona habla acerca de sentimientos negativos de soledad, impotencia.</li> </ul>
<p>¿QUÉ PREGUNTAR?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?</li> <li>- ¿Tiene idea de cómo va a hacerlo)</li> <li>- ¿Tiene plaguicidas, medicación, armas u otros medios? ¿Están a su disposición?</li> <li>- ¿Ha decidido cuándo planea acabar con su vida? ¿Cuándo planea hacerlo?</li> </ul>

FUENTE: Programa SUPRE OMS año 2000. (1)

Es importante explicar con claridad los objetivos de la evaluación junto con las habilidades del clínico a durante la entrevista.

Toda la información recogida durante la entrevista deberá quedar registrada en la historia clínica.

La información necesaria para la valoración del riesgo de suicidio puede provenir tanto del paciente directamente como de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.

#### ➤ **ESCALAS VALORACIÓN:**

La **tabla 6**. Muestra una breve explicación en el ANEXO 1 de la puntuación y función de cada tabla.



**Tabla 6. Escalas de evaluación del riesgo suicida.**

<b>No específicas de suicidio</b>	<b>Actos suicidas</b>
MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)	Escala de Intencionalidad Suicida (SIS)
Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)	Gravedad Médica de la Tentativa (MDS)
Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)	<b>Constructos relacionados con el suicidio</b>
<b>Comportamiento suicida</b>	Escala de Desesperanza (HS)
Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)	Inventario de razones para vivir (RFL)
Escala de Ideación Suicida de Paykel (PSS)	Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11)
International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking (InterSePT)	Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)
Escala SAD PERSONS	Historia de agresión de Brown-Goodwin (BGLHA)
Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS)	Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE)
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)	
Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS)	

Elaboración propia. FUENTE: *Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. (4).*

La Organización Mundial de la Salud, en su edición de la clasificación CIE-10, Trastornos mentales y del Comportamiento en Atención Primaria, realiza las siguientes recomendaciones para la evaluación del riesgo suicida (33):

1. Evaluación riesgo suicida en un **futuro inmediato**
  - Ideación suicida (esporádica versus persistente).
  - Determinación (el suicidio es una posibilidad o una decisión firme).
  - Plan suicida (nivel de elaboración: a mayor elaboración de un plan suicida mayor riesgo; la disponibilidad de medios para el suicidio incrementa el riesgo).
  - Soledad (falta de apoyo social y familiar incrementa el riesgo).

- Consumo de alcohol u otras sustancias (la limitación de la capacidad de autocontrol del individuo puede favorecer comportamientos suicidas).
- Dificultades sociales (la marginación, el desempleo o la falta de expectativas incrementan el riesgo).

## 2. Evaluación del paciente con un intento **suicida reciente**

- Peligrosidad método elegido.
- Grado de convicción sobre eficacia del método elegido.
- Posibilidad de ser descubierto.
- Grado de alivio al ser salvado.
- Propósito del comportamiento suicida (intentaba transmitir un mensaje o morir).
- Grado de planificación.
- Existencia (o no) de cambios en la situación psicológica o vital que desencadenó el comportamiento suicida

## JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La elección de este tema se debe a que durante las prácticas asistenciales, he visto como la cantidad de suicidios o conductas de suicidio era mayor de lo que esperaba y no solo en la rotación dentro de la red de salud mental, también en el resto de prácticas y en el día a día, ya que son habituales las noticias con este tipo de casos. Teniendo en cuenta el impacto de este tipo de acciones en la sociedad, he realizado una búsqueda bibliográfica para buscar datos de la situación actual del suicidio y conductas suicidas.

He decidido centrarme en el ámbito de la atención primaria, ya que coincidió que en mi rotación por el centro de salud, tuve dos casos relacionados con este tipo de conductas que me hubiera gustado trabajar. La carga de trabajo en enfermería en atención primaria es muy alta, y no permite el abordaje integral deseado en este tipo de casos.

Me planteo analizar la situación de los centros de salud de la comarca de Pamplona, analizando los diagnósticos de enfermería registrados y los conocimientos de los profesionales de enfermería de los centros de atención primaria acerca de detección e intervención del riesgo suicida.

## HIPÓTESIS y OBJETIVOS

### HIPÓTESIS:

***Los profesionales de enfermería de Atención Primaria de la comarca de Pamplona tienen necesidades específicas de formación en torno a conductas suicidas.***

### OBJETIVO PRINCIPAL:

- Valorar las necesidades de conocimiento que existen en el ámbito asistencial de Atención Primaria en relación a la prevención y actuación de las conductas suicidas.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Diseñar un programa de formación para los profesionales de enfermería de los centros de atención primaria de Pamplona que proporcione herramientas y criterios para prevención y actuación ante conductas suicidas.
- Mejorar la calidad asistencial de los pacientes con riesgo o conducta suicida.
- Reducir la tasa de suicidios respecto a los años anteriores.

## METODOLOGÍA/MATERIAL /CRONOGRAMA

Para la elaboración de este proyecto se ha realizado una búsqueda bibliográfica que permita la contextualización, conocer la fenomenología, incidencia y perfil de los pacientes con ideación autolítica, intento de suicidio y suicidio consumado, para poder así desarrollar el objeto de estudio.

La búsqueda realizada ha sido sobre el suicidio, los factores de riesgo y factores protectores, la evaluación y las medidas de prevención. Dentro de las medidas de prevención se ha centrado en la formación a profesionales de la salud, realizando una búsqueda más específica sobre los programas de formación en atención primaria, y las necesidades de estos profesionales, siendo el grupo diana las enfermeras de este sector.

### **FUENTES DE DATOS**

Para ello, se han realizado varias búsquedas de artículos de investigación tanto en diferentes bases de datos y repositorios, como en catálogos de la biblioteca de la UPNA, libros, revistas de enfermería (ANALES; METAS de ENFERMERÍA...), guías de práctica clínica, diferentes páginas web (OMS,INE.. ) y la información obtenida gracias a trabajadores del centro de salud.

Las bases de datos utilizadas tanto para la contextualización como para la búsqueda de programas de formación para enfermeras en centros de atención primaria han sido las siguientes:

- PubMed: con las palabras clave; *“primary care”, “suicide attempt” y “mental health”*, además de los operadores booleanos AND y OR de la siguiente forma: *primary care AND suicide attempt OR suicide risk*.
- Dialnet: Se utilizan palabras como atención primaria y suicidio; Atención primaria, suicidio y prevención; y por último: atención primaria, suicidio, prevención y enfermería.
- COCHRANE: En esta base de datos se han introducido las palabras clave *“primay care needs” AND suicide “knowledg”*. para identificar las necesidades de los centros de atención primaria en relación a sus conocimientos sobre el suicidio.
- Scielo: Las palabras clave utilizadas han sido *“suicidio”, “factores de riesgo” y “prevención”*. Y *“epidemiología”* por otra parte.
- CDC (*Centers For Disease Control and Prevention*). Esta base ha sido muy útil para la búsqueda de programas de prevención, ya que incluía una guía con programas de actividades.

Para la consecución del objetivo principal se han revisado guías de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Intentando ampliar la búsqueda de instrumentos de evaluación y programas de formación. Para ello la búsqueda se realizó por Scholar Google, obteniendo mediante este buscador instrumentos, que han servido de ayuda para la estructuración del proyecto.

Mediante este mismo buscador se han revisado protocolos de prevención de conducta suicida en unidades de hospitalización, que han servido de ayuda o como guía para el desarrollo del proyecto.

## **MÉTODOS**

En primer lugar para valorar el conocimiento y las necesidades de formación de las enfermeras de los centros de salud, se propone una revisión de los diagnósticos de enfermería relacionados con el riesgo suicida y el riesgo de violencia autodirigida registrados en el programa informático ATENEA de los centros de Atención Primaria de la comarca de Pamplona del SNS-O.

En cuanto al registro de estos diagnósticos, en un principio se ha considerado la posibilidad de acceder a la historia clínica de todos los pacientes de los centros de AP de la comarca de Pamplona para realizar un recuento del total de diagnósticos relacionados con el riesgo de suicidio, opción que se ha desechado debido al trabajo que supondría, además de la necesidad de solicitar el consentimiento informado a todas las personas cuya historia se pretendiera revisar, sabiendo de antemano que esto es inviable y que aun pudiendo llevarlo a cabo, no todos los pacientes autorizarían el acceso a su historia, suponiendo esto un sesgo al estudio.

Viendo que el mayor problema surge de la necesidad de mantener la confidencialidad de los datos del paciente, y que estos no son realmente necesarios para el estudio, se ha decidido obtener únicamente un registro anonimizado de los diagnósticos, para lo que es necesario contactar con el coordinador de Investigación de Atención Primaria, de tal forma que se puedan gestionar los procedimientos administrativos y permisos necesarios para acceder a dichos datos.

Una vez revisados, se entregará un cuestionario (ANEXO 3) a las enfermeras de los centros de Atención Primaria seleccionados, en el que se les realizarán 5 preguntas en las que darán su impresión acerca de los conocimientos y manejo del riesgo o conducta suicida. Incluirá un segundo apartado en el que se preguntará sobre la existencia o no de protocolos en su centro de salud y si los utilizan. Tendrán una última pregunta en la que incluirán si creen que tienen el tiempo necesario para aplicarlos, independientemente de los conocimientos.,

La recogida de estos datos ayudará en la elaboración del plan de formación, de manera que permita incidir en las necesidades más relevantes y poder así adaptar el programa de formación de la manera más específica. Esto servirá de ayuda en la

identificación de poblaciones, individuos y situaciones de riesgo y en la intervención ante pacientes que presenten el riesgo o la conducta suicida.

## CRONOGRAMA

	PLANIFICACIÓN TRABAJO FIN DE GRADO							
	2013	2013	2014	2014	2014	2014	2014	2014
	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
<b>RÚBRICA 1</b>								
ELECCIÓN DEL TEMA								
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA								
OBJETIVOS								
METODOLOGÍA								
<b>RÚBRICA 2</b>								
INTRODUCCIÓN Y MARCO CONCEPTUAL								
RESULTADOS Y PROPUESTA DE MEJORA								
DISCUSIÓN								
CONCLUSIONES								
BIBLIOGRAFÍA								
<b>RÚBRICA 3</b>								
REVISIÓN Y MEJORA DEL PROYECTO								
EXPOSICIÓN ANTE EL TRIBUNAL								

## RESULTADOS

Los estudios indican que la mayoría de los profesionales no están suficientemente capacitados para proporcionar una correcta evaluación y tratamiento de pacientes con conducta suicida ni poseen criterios claros de cuando derivar a la atención especializada (38). Datos de un estudio indican que el 60% de los profesionales encuestados ven la necesidad personal para la formación y el 85% pensaba que era fundamental poner en práctica planes de formación dirigidos a profesionales.(34) En otro estudio realizado, los datos de una encuesta realizada a 1100 responsables de programas de formación en medicina de familia, medicina interna y pediatría, mostraron deficiencias en la formación de estos colectivos en el manejo de depresión y conducta suicida (39), a pesar de que para la OMS, los profesionales de atención primaria deben estar disponibles, accesibles, informados y comprometidos en proporcionar atención a personas en riesgo de suicidio (35). Por tanto, la formación de médicos de atención primaria representa una de las estrategias de prevención del suicidio más importantes (34, 36, 37), debido a su prolongado y estrecho contacto con la comunidad y a ser el vínculo entre ella y el sistema sanitario especializado. (1,35).

Uno de los artículos revisados (34), indica en sus resultados que las dificultades están relacionadas con cuatro factores: dificultades técnicas; dificultades emocionales; dificultades relacionales y comunicación y por último dificultades de abordaje familiar y logísticas. Con el estudio se vio que es fundamental la formación específica de profesionales sanitarios, siendo de carácter importante incluir metodologías experienciales y activas en el programa de formación.

Todos los programas revisados sobre formación del personal de atención primaria en prevención de conducta suicida tienen en cuenta la formación del médico en la mejora de la capacidad de detección y tratamiento de la depresión (10, 380-384).

Existen programas específicos para personal de enfermería que realiza su trabajo en plantas de hospitalización (40, 41, 42).

La formación se desarrolla con discusiones de casos, role-playing y conferencias, presenciales (40, 42) o en formato online (41). Los resultados de estos programas mostraron una mejoría en la competencia y actitudes de los participantes hacia la identificación y tratamiento de pacientes con conducta suicida (40-42).

Los programas clínicos de prevención de la conducta suicida a nivel nacional, incluyen formación dirigida a los profesionales:

- Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida del Área sanitaria de Ourense (43, 44): El objetivo del programa consistía en incrementar la capacidad de detección y manejo inicial en los médicos de atención primaria de pacientes en riesgo de suicidio, así como dar a conocer las alternativas de asistencia y los criterios de derivación hacia una

unidad de salud mental. Para ello, el programa incluía un curso de formación para médicos y personal de enfermería de atención primaria.

– Programa de Prevención de la Conducta Suicida desarrollado en el distrito de la Creta de l'Eixample de Barcelona (45,46): uno de los objetivos específicos de este programa es la información, sensibilización y educación en la detección de población de riesgo, junto con el manejo inicial y una apropiada derivación a especialistas. Este programa de información y educación va dirigido a profesionales sanitarios y a otros colectivos, como rehabilitadores, educadores, familiares y población general.

### PROPUESTA DE MEJORA

A pesar de ello, después de la bibliografía analizada y la breve experiencia de las prácticas asistenciales, es posible que exista una carencia de formación en métodos de evaluación e intervención de conductas de riesgo suicida de los profesionales de enfermería de los centros de atención primaria. Siendo de carácter importante el abordaje de estos riesgos o conductas desde atención primaria, se ve la necesidad de abordar este tema.

La propuesta consiste en un programa de formación dirigido al profesional de enfermería de los centros de salud. Con este programa, se les formará en los aspectos básicos relacionados con la conducta suicida y se les facilitarán herramientas para la correcta evaluación e intervención con este tipo de pacientes.

### GRUPO DIANA

La propuesta estará dirigida exclusivamente a las enfermeras de atención primaria de la comarca de Pamplona, excluyendo a enfermeras del área rural. Incluye los centros de salud de:

- |               |               |             |
|---------------|---------------|-------------|
| - Azpilagaña  | - Mendillorri | - Ansoain   |
| - Buztintxuri | - Milagrosa   | - Barañain  |
| - Casco Viejo | - Rochapea    | - Berriozar |
| - Chantrea    | - San Jorge   | - Burlada   |
| - Echavacoiz  | - San Juan    | - Huarte    |
| - Ermitagaña  | - Il Ensanche | - Villaba   |
| - Iturrama    |               |             |



## RECURSOS HUMANOS

El perfil docente estará compuesto por profesionales formados en la materia, concretamente, enfermeros especialistas de salud mental.

El programa será gestionado por el Plan Docente anual del Departamento de Salud.

Perfil educador:

Enfermero especialista en la materia, años de experiencia y especial interés en temas de conductas de suicidio.

### 2.1 Características profesionales

- Reúne los conocimientos necesarios sobre el suicidio.
- Conoce instrumentos de evaluación y de valoración.
- Conoce variedad de protocolos de prevención y el abordaje en diferentes etapas o situaciones. (ideación suicida, suicidios consumados “sin éxito, duelo familiares,

### 2.2 Características personales

- Profesional involucrado en los objetivos y desarrollo del programa de educación a profesionales.
- Tener capacidades, habilidades y actitudes para la formación.
- Tener motivación personal por el desarrollo de este proyecto.
- Dotar de experiencia en educación individual y/o grupal.
- Tener disponibilidad y compromiso para la realización de las actividades necesarias relacionadas con la educación terapéutica.

## PLANIFICACIÓN PROPUESTA:

### 3.1 CRONOGRAMA PROPUESTA

#### 1ª PARTE:

- **JUNIO 2014→** En este momento el profesional que impartirá las sesiones se pondrá en contacto con Javier Baquedano Arriazu, coordinador de Investigación de atención Primaria, y con las supervisoras de enfermería de los centros de salud seleccionados. Explicará la propuesta y los objetivos y pedirá autorización para la recogida de datos y la entrega de cuestionarios, concretando día y hora.

- **JULIO-NOVIEMBRE 2014**→ Una vez contactado con Javier Baquedano y haber obtenido los permisos necesarios, facilitará los datos de los diagnósticos **riesgo de suicidio** y **riesgo de violencia autodirigida** registrados en el programa ATENEA, de cada centro de salud.

Una vez revisados los diagnósticos registrados, se dejará el siguiente cuestionario ANEXO 3, a cada enfermera en cada centro de salud. Servirá de ayuda para evaluar el grado de conocimientos de las enfermeras, y para adaptar a sus necesidades la futura formación. Los cuestionarios serán recogidos en el mes posterior.

	ENTREGA/RECOGIDA CUESTIONARIOS				
	2014	2014	2014	2014	2014
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
MILAGROSA	1ªsemana	Recogida			
AZPILAGAÑA	1ªsemana	Recogida			
ITURRAMA	2ªsemana	Recogida			
SAN JUAN	3ªsemana	Recogida			
ERMITAGAÑA	4ªsemana	Recogida			
CHANTREA		1ªsemana	Recogida		
II ENSANCHE		1ªsemana	Recogida		
BURLADA		2ªsemana	Recogida		
VILLABA		3ªsemana	Recogida		
HUARTE		4ªsemana	Recogida		
SAN JORGE			1ª semana	Recogida	
ROCHAPEA			2ªsemana	Recogida	
BERRIOZAR			2ªsemana	Recogida	
BUZTINTXURI			3ªsemana	Recogida	
ANSOAIN			4ªsemana	Recogida	
CASCO VIEJO				1ªsemana	Recogida
ECHAVACOIZ				2ªsemana	Recogida
MENDILLORRII				3ªsemana	Recogida
BARAÑAIN				4ªsemana	Recogida

## 2ªPARTE

- **DICIEMBRE-ENERO 2015**→ Evaluación de los resultados. Durante este mes se sacarán conclusiones de los resultados obtenidos y en caso de que fuera necesario se modificará cualquier apartado del programa formativo para adaptarse al máximo a las necesidades de cada centro.

Se contactará de nuevo con cada centro de salud con la propuesta de calendario de cada centro, para modificar fecha y hora dependiendo de la disponibilidad de cada centro.

• **FEBRERO – JUNIO 2015 → PROGRAMA DE FORMACIÓN.**

Se pondrá en marcha el programa formativo. Se impartirán las sesiones en cada centro.

Se propondrá el siguiente cronograma, totalmente flexible, por lo que se podrá adaptar a demanda de cada centro de salud.

El horario será de 13:30- 15:30, al igual que las fechas se podrá adaptar y concretar con antelación el horario, dependiendo de la carga de trabajo.

FEBRERO							MARZO						
L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
						1							1
2	3	4	5	6	7	8	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28		23	24	25	26	27	28	29
							30	31					
ABRIL							MAYO						
L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5					1	2	3
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10
13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17
20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24
27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31
JUNIO							<div> <div>Milagrosa</div> <div>Azpilagaña</div> <div>Iturrama</div> <div>San Juan</div> <div>Ermitagaña</div> <div>Chantrea</div> <div>Il Ensanche</div> <div>Burlada</div> <div>Villaba</div> <div>Huarte</div> </div> <div> <div>San Jorge</div> <div>Rochapea</div> <div>Berriozar</div> <div>Buztintxuri</div> <div>Ansoain</div> <div>Casco Viejo</div> <div>Echavacoiz</div> <div>Mendillorri</div> <div>Barañain</div> </div>						
L	M	M	J	V	S	D							
1	2	3	4	5	6	7							
8	9	10	11	12	13	14							
15	16	17	18	19	20	21							
22	23	24	25	26	27	28							
29	30												

### 3.2 METODOLOGÍA PROGRAMA EDUCATIVO:

El programa será de formato grupal. La metodología será expositiva – participativa, dónde en primer lugar el especialista expondrá el tema y posteriormente los integrantes tendrán la oportunidad de aportar experiencias propias. También habrá técnicas de análisis en las que se les hará reflexionar sobre un caso y finalizarán con una discusión. Se intercalará esta técnica con técnicas de desarrollo, donde una vez analizado el caso expondrán sus habilidades mediante el *role-playing*, dónde la mitad de los participantes asumirá el rol de paciente y la otra mitad el rol de enfermera exponiendo los casos anteriores.

### 3.3 PLANIFICACIÓN DE LAS SESIONES

#### 3.3.1 NÚMERO Y DURACIÓN DE LAS SESIONES

El programa, estará formado por dos sesiones, con una duración de dos horas cada una. Se distribuirá el contenido entre las dos, intentando que se realicen en la misma semana y en días consecutivos si fuera posible.

Se propondrá impartirlas en el turno de mañana, a última hora de la mañana. Acordando previamente con la supervisora, de manera que puedan organizar el trabajo y las consultas de esos dos días, dejando huecos sin citar desde la 13:30 a las 15:30.

#### 3.3.2 LUGAR

Se realizará en cada centro de salud. Se propondrá realizarlo en la sala de reuniones de cada centro de salud. Una sala adecuada para este tipo de sesiones, que normalmente utilizan para las reuniones de equipo.

#### 3.3.3 RECURSOS MATERIALES

En el momento que se contacte con la supervisora de los centros de salud, se hablará del material necesario para la sesión, de manera que en el caso de no disponer de alguno de ellos, conseguirlo con antelación. El material a utilizar será el siguiente:

- Sillas (la cantidad dependerá de las enfermeras participantes).
- Mesa (opcional)
- Ordenador
- Pantalla
- Proyector
- USB
- Folios
- Bolígrafos

- Cuestionarios
- POWER POINT
- Tríptico
- Material práctico para pacientes y familiares

### 3.3.4 RECOMENDACIONES PREVIAS A LAS SESIONES

- Preparar y revisar el material necesario para cada una de las sesiones.
- Fotocopiar el material que se va a facilitar en cada centro.
- Adecuar la temperatura así como otros aspectos ambientales.
- Etc

### 3.3.5 CONTENIDO SESIONES

El contenido de cada sesión se distribuirá de la siguiente manera si siguiendo el siguiendo el siguiente esquema:

#### **1ª SESIÓN:**

##### **1. PRESENTACIÓN. (5 min)**

Se presentará el enfermero especialista, introduciendo brevemente el programa (objetivos y contenido).

##### **2. INTRODUCCIÓN (30 min)**

En este apartado, con la ayuda de un Power Point (ANEXO 5), desarrollarán los siguientes apartados:

##### **a. DEFINICIÓN DE SUICIDIO:**

Se contextualizará el tema describiendo los conceptos necesarios para trabajar correctamente y con la terminología adecuada, de manera que se puedan luego registrar los diferentes conceptos dependiendo del motivo de cada paciente.

##### **i. FICCIÓN y REALIDAD**

##### **b. MAGNITUD del PROBLEMA:**

Este apartado servirá para situarles de la situación actual del problema, con datos reales de España y de Navarra. Con esto se intentará concienciarles de la importancia de atención primaria como primer foco de atención, recordando que son el enlace entre la comunidad y servicios especiales (379) y explicando la importancia de crear un ambiente de confianza para que este tipo de pacientes cuente con la posibilidad de buscar ayuda en profesionales de Atención Primaria.

c. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES.

Teniendo en cuenta resultados del cuestionario evaluado, se desarrollarán todos los factores de riesgo clasificados según modificables y no modificables. Atendiendo a los de mayor riesgo por ser más relevantes en la decisión del paso al acto.

3. ABORDAJE Y EVALUACIÓN del RIESGO SUICIDA (30 min)

a. ENTREVISTA CLÍNICA

Se desarrollará el modelo de entrevista adecuado para este tipo de valoraciones. Se proporcionarán pautas para una correcta evaluación psicopatológica, de manera que puedan evaluar tanto los factores psicológicos y contextuales y las características de la conducta o ideación suicida, identificando elementos que podrían predecir una posible repetición.

✓ Recomendaciones: CÓMO, CUÁNDO y QUÉ preguntar.

✓ Aspectos clave a tener en cuenta en la evaluación suicida.

b. CASO CLÍNICO-ROLL- PLAYING. (35 min)

Una vez introducida la parte teórica y recomendaciones acerca de la entrevista clínica, se repartirán roles entre los participantes de la sesión, de tal forma que la mitad sean pacientes y la otra mitad enfermeros. Dentro de los roles de pacientes, estarán incluidos paciente deprimido, intoxicado y psicótico, con situaciones socio-familiares particulares. ANEXO 6.

4. RESUMEN Y DUDAS (20 min)

Estos últimos minutos serán para la discusión y dudas. Se pedirá la participación de las enfermeras, de manera que expongan las posibles dudas, opiniones o intereses respecto al tema tratado.

**2ª sesión**

Comenzará la intervención del enfermero especialista haciendo un breve resumen de lo impartido en la sesión anterior, dará la opción de exponer cualquier duda pendiente de la sesión anterior. (10min)

a. ESCALAS DE AUTOEVALUACIÓN Y HETEROAPLICADAS:  
(20min)

Una vez aclaradas las posibles dudas, entregará un modelo de cada escala, y desarrollará los aspectos más importantes de cada una de ellas de manera que las enfermeras, sepan cual es la más adecuada para cada situación y el manejo de cada una de ellas (ítems, puntuaciones, etc).

b. RECOMENDACIONES DE CÓMO EVALUAR EL RIESGO:  
(30min)

Mediante un Power Point continuará exponiendo las recomendaciones, de cómo valorar el riesgo combinando la entrevista clínica de la sesión anterior y las escalas de valoración. Incluirá: Importancia contacto inicial:

- Explicar claramente los objetivos
- Actitud del clínico
- Cómo comunicarse y cómo no.
- Puntos más importantes del intento de suicidio.
  - Características del intento
  - Intentos previos
  - Evaluación factores sociodemográficos
  - Antecedentes familiares.
- Importancia de registrar valoración en la historia clínica
- Contacto con los servicios especializados.

c. CRITERIOS DE DERIVACIÓN: (15 min)

Se expondrán con ayuda del power point, cuáles son las situaciones en las que deban contactar y derivar a servicios de urgencias o la red de salud mental y de qué manera y con qué urgencia hacerlo. Insistiendo en la importancia de mantener contacto para que quede registrada la evolución del paciente.

5. OTRAS INICIATIVAS (35min)

En este apartado, se desarrollarán diferentes situaciones tras el suicidio o bien tras el intento. Aconsejando recomendaciones, que puedan ser útiles para familiares que hayan podido acudir al centro de salud para desahogarse, siendo el motivo de consulta algo físico

o psíquico desencadenado por la pérdida de un familiar o allegado por un suicidio.

- a. ¿Qué hacer tras un intento de suicidio?
- b. Ayuda a Familiares. DUELO
  - i. Apoyo de pares o iguales
  - ii. Apoyo social
  - iii. Ayuda profesional
  - iv. Prevención

#### 6. DISCUSIÓN Y DUDAS(10 min)

Al igual que en la sesión, estos últimos minutos se aprovecharan para discutir cualquier aspecto que les interese, con la opción de aclarar conceptos o cualquier cosa tanto de esta, como de la sesión anterior.



## DISCUSIÓN

Se puede apreciar de la revisión sistemática realizada, que el suicidio y los intentos autolíticos suponen un importante problema de salud pública además de un factor perpetuador o precipitante de ingresos hospitalarios.

Teniendo en cuenta que atención primaria es un recurso al que generalmente los pacientes acceden de forma voluntaria, y pudiendo ser este un importante soporte realizando labores de supervisión y acompañamiento del paciente en los intervalos entre consultas de seguimiento en los CSM de referencia, se ha visto que la labor comunitaria de los profesionales en este ámbito resulta de gran importancia en cuanto a la detección del riesgo de suicidio, o dicho de otra forma, estos dispositivos podrían actuar como un filtro de detección más de pacientes en situaciones de mayor predisposición.

Bien es conocida (y así mismo la OMS lo afirma) la labor de detección de necesidades de cuidado en salud mental por parte de enfermería. Sabemos que una precoz intervención en pacientes con patología mental mejora en gran medida los resultados y las expectativas de los mismos, basándose en gran medida en una detección y asesoramiento adecuados.

En 2004, la OMS realizó una reunión sobre las “Estrategias de Prevención del Suicidio en Europa” (48), en la que se plantearon una serie de recomendaciones basadas en una revisión sistemática previa. Teniendo en cuenta estas recomendaciones propuestas por la OMS y otros programas de prevención desarrollados en otros países, se realizó una serie de recomendaciones entre las cuales se encuentran aumentar la concienciación de los profesionales de salud, mejorar sus actitudes y reducir los tabúes hacia el suicidio y el trastorno mental y aumentar la formación de los médicos de atención primaria (48).

En este sentido, resulta de gran importancia que el colectivo enfermero de Atención Primaria sea capaz de reconocer y responder a la presencia de factores de riesgo en la fase ambulatoria de los pacientes. Para esto se requiere un entrenamiento previo, que dote de habilidades de evaluación, herramientas diagnósticas y competencias (34).

Aunque enfermería en Atención Primaria lleva a cabo una amplia variedad de intervenciones, la mayor parte se limitan a conocimientos y habilidades propias del ámbito en el que trabajan, viendo que en particular, la confianza en cuidado de pacientes con problemas de salud mental obtuvo bajas puntuaciones en un estudio realizado al respecto, debido a la falta de hábito o formación al respecto.

El bajo uso de herramientas y la poca presencia de diagnósticos de salud mental relacionados con pacientes psiquiátricos en el medio ambulatorio pone de manifiesto una necesidad formativa urgente. (47)

En España, dentro de la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, se presentó como objetivo general prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general (3).

No obstante, la implantación de este tipo de programas es muy escasa, situándonos por debajo del nivel de otros países europeos. No existe un plan nacional de prevención como tal y hasta ahora solo se han desarrollado iniciativas locales (Galicia programa asistencial y preventivo, Cataluña integrante de la EAAD o Asturias que en el año 2007 desarrolló el programa europeo Monitoring Suicidal Behaviour in Europe (MONSUE) y desde el 2009 se ha puesto en marcha el proyecto Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)(4, 6, 44-46).

A pesar de que los recursos son escasos, y que exista una limitación a la hora de buscar resultados de la aplicación de programas de formación dirigidos a enfermeras, existe la necesidad de crear unas directrices dirigidas al personal de enfermería, que proporcionen ayuda a la hora de tomar decisiones y para que puedan actuar de forma temprana ante las necesidades del paciente y ayudar a los familiares en muchas ocasiones. Un estudio ha demostrado un alto nivel de satisfacción y utilidad percibidas por pacientes y familiares acerca de la información sobre prevención de suicidio. Los participantes del estudio destacaron la atención primaria como el ámbito más adecuado para la difusión de la información preventiva (49). Para que los profesionales de Atención Primaria puedan proporcionar esta información, deben recibir una formación previa para adquirir los conocimientos necesarios.

De ahí el interés de crear un programa de formación dirigido a las enfermeras de los centros de salud de la comarca de Pamplona.

Se consultó con enfermeras de dos centros de salud (Berriozar y Milagrosa) la opinión sobre sus conocimientos respecto a conductas suicidas, obteniendo resultados subjetivos, en los que valoraban que no estaban preparadas para este tipo de situaciones, apoyando con ello la hipótesis planteada. Estos datos no son resultados objetivos, pero han servido de ayuda para llevar a cabo el programa de formación. Resulta difícil aprobar la hipótesis y conseguir resultados de las necesidades de formación de las enfermeras, ya que es un programa a largo plazo y los resultados serán a posteriori. Se desarrollará según las recomendaciones del programa SUPRE de la OMS (1) y según la guía Práctica Clínica del SNS de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida (6).

El programa queda limitado a esta área con la opción de extenderlo una vez que se haya puesto en marcha y se hayan obtenido resultados. Sería interesante poder ampliarlo en todas las zonas básicas de salud de Navarra. Las limitaciones en este aspecto serían, entre otras, el coste que esto supone para el Servicio Navarro de Salud, sin previos resultados, con la seguridad de que estos fueran positivos.

La puesta en marcha variará dependiendo de la carga de trabajo de cada centro de salud. Se intentará adaptar al máximo el cronograma a su calendario/carga de trabajo con flexibilidad de modificaciones, tanto de horarios como de fechas, ya que teniendo en cuenta que sería última hora de la mañana se les podrían hacer pesadas 2 horas de sesión.

Una segunda fase de este proyecto podría centrarse en sesiones recordatorias o cursos de recuerdo, con una evaluación en los 6 meses posteriores de haberse impartido el programa. De manera que se puedan evaluar los conocimientos adquiridos durante el programa para posibles modificaciones en los cursos de recuerdo y en la posible extensión de la puesta en marcha de otros centros de salud.

Junto con estos programas, resulta interesante fomentar la colaboración con la asistencia especializada, manteniendo un contacto y seguimiento de los pacientes que se deriven a este tipo de servicios (Centros de Salud Mental, Unidad Hospitalización Psiquiátrica, y Servicios de Urgencias).

### CONCLUSIONES

- El suicidio es un importante problema de salud pública con gran impacto económico, psicológico y social, tercera causa de mortalidad en adultos jóvenes y una de las primeras causas de años de vida perdidos.
- Ha habido un incremento en las tasas de suicidio en los últimos años a pesar de los esfuerzos realizados y los recursos empleados en materia de prevención en las redes de salud mental.
- Atención primaria actúa de nexo entre el medio comunitario y los servicios de atención especializada, adquiriendo un papel de gran relevancia en la detección del riesgo de conductas suicidas.
- La falta de conocimientos y/o formación en el abordaje de pacientes en situación de riesgo impide la detección temprana y prevención primaria de este tipo de conductas.
- La puesta en marcha de un programa de formación a enfermeras de atención primaria, junto con la dotación de herramientas de valoración del riesgo podría actuar como un filtro más en la detección y repercutiendo positivamente en la prevención. Sin embargo, dado que los estudios son escasos y los datos no son concluyentes, sería necesario una investigación más amplia y profunda para que los resultados fueran relevantes y generalizables.

## AGRADECIMIENTOS

Me gustaría aprovechar estas últimas líneas de trabajo para agradecer a todas las personas que han colaborado directa o indirectamente en este trabajo.

En especial dirigido a Victoria Beaumont tutora y asesora y a Jordi Urbiola Castillo, residente en enfermería de salud mental.

Agradezco su ayuda y apoyo a lo largo del desarrollo de mi trabajo, por sus consejos y la motivación que me han proporcionado.

En segundo lugar agradezco el apoyo y ayuda por parte de Dolores Serrano, enfermera del centro de salud de Berriozar y al equipo de Hospitalización a Domicilio, por darme ánimo y por sus pequeñas aportaciones a mi trabajo, que han servido de gran ayuda.

## BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [accedido 14 de mayo 2014]. Disponible en: [www.who.int/entity/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf)
2. Atlanta (GA): Departament health & Human Services; Preventing Suicide. Program Activities Guide. [citado 15 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingsuicide-a.pdf>
3. Estrategia en salud mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011; (accedido 15 mayo 2014) Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/salud\\_mental/SaludMental2009-2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/salud_mental/SaludMental2009-2013.pdf)
4. Ayuso-Mateos JL , Baca-García E, Bobes, J, Giner, J, Giner, L., Pérez V et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2012; 5(1), 8-23.
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas e informes de políticas. Informe del departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Tóxicas de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht, (2004).
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2012.
7. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte [nota de prensa] 2012 [consultado mayo 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np664.pdf><http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>
8. Instituto Nacional de estadística[sede web] Defunciones según causa de muerte. Publicado: Año 2012 [actualizado 31 enero 2012; acceso 16 mayo 2014]. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2012/&file=pcaxis>

9. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, et al. W. Methods of suicide: international suicide patterns derived from de WHO mortality database. Bulletin of the World Health Organization. September.2008; 86:726–732.
10. Gómez Pardiñas SM. Interconsulta Psiquiátrica en un Hospital General. Intentos de Suicidio y Factores Relacionados (1997-2007). [Tesis Doctoral]. A Coruña: Departamento de medicina, Universidade da Coruña; 2013.
11. Bobes García J, Giner Ubago J, Daiz J. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.
12. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. Suicide Life Threat Behav. 2007; 37(3):248-63.
13. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2007; 37(3):264-77.
14. Gutiérrez-Quintanilla JR. El suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección. 2014.
15. Organización Mundial de la Salud. Estudio de intervención multicéntrico sobre comportamientos suicidas SUPRE-MISS: protocolo de SUPRE-MISS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Informe No.: WHO/MSD/MBD/02. 2000.
16. Sáiz PA, Bobes, J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014; 7, 1-4.
17. Rojas I. Plan nacional de prevención del suicidio para Uruguay 2011-2015. "Un Compromiso con la Vida". Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Departamento de Programación Estratégica en Salud, Área de Promoción de la Salud y Prevención- Área Ciclos de Vida. Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. 2008.
18. Guibert Reyes W. Prevención de la conducta suicida en la APS. Revista Cubana de medicina general integral. 2002; 18(2), 149-154.



19. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes? Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
20. Organización mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
21. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
22. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicología; 2000. Disponible en: [http://www.who.int/publications/list/prevention\\_sucide\\_medecins/es/index.html](http://www.who.int/publications/list/prevention_sucide_medecins/es/index.html)
23. Word Meath Organización. Prevención del suicidio: Un instrumento para los medios de comunicación [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/media\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf).
24. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
25. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Recursos para consejeros. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
26. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
27. Mansilla Izquierdo F. La prevención de la conducta suicida: una necesidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en la Internet]. 2012 marzo; 32(113): 123-124. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021157352012000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352012000100009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S021157352012000100009>.
28. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. J Am Board Fam Med. 2010; 23(2):240-59.

29. Farand L, Renaud J, Chagnon F. Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services. *Can J Public Health*. 2004; 95(5):357-60.
30. Perez Barrero S, Reytor Sol F. El suicidio y su atención por el médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 1995; 11 (4): 11-18. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251995000400001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400001)
31. Roca De Toqores Lopez A, Rubio Sanjaime P, Sánchez Sánchez P, Rodríguez Calabuiq D, Villar Grimalt, A. Suicide attempts attended at a health centre. 2002 May 31; 29 (9): 547-52.
32. American Psychiatric Association. (DSM-V) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 18 mayo 2013.
33. Organización Mundial de la Salud. CIE-10-AP. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento para Atención Primaria. Madrid: Meditor; 1996.
34. Rothes IA, Henriques MR, Leal JB, Lemos MS. Facing a patient who seeks help after a suicide attempt: the difficulties of health professionals. 2014; 35(2):110-22.
35. Klingman A, Hochdorf Z. Coping with distress and self-harm: The impact of a primary prevention program among adolescents. *J Adolesc*. 1993; 16:121-40.
36. Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, Collings C, Doughty C, Ellis P, et al. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. *NZMJ*. 2007; 120(1251):1-13.
37. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294(16):2064-74.
38. Browne A, Barber CW, Stone DM, Meyer AL. Public Health Training on the Prevention of Youth Violence and Suicide. *Am J Prev Med*. 2005; 29(5S2):233-9.
39. Sudak D, Roy A, Sudak H, Lipschitz A, Maltsberger J, Hendin H. Deficiencies in suicide training in primary care specialties: a survey of training directors. *Acad Psychiatry*. 2007; 31(5):345-9.
40. Chan SW, Chien WT, Tso S. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Educ Today*. 2009; 29(7):763-9.



41. Walker BL, Harrington SS, Cole CS. The usefulness of computer-based instruction in providing educational opportunities for nursing staff. *J Nurses Staff Dev.* 2006; 22(3):144-9.
42. Tsai WP, Lin LY, Chang HC, Yu LS, Chou MC. The effects of the gatekeeper suicide-awareness program for nursing personnel. *Perspect Psychiatr Care.* 2011; 47(3):117-25.
43. Pedreira Crespo V. Desarrollos recientes en salud mental comunitaria en Galicia. *Psilogos- Revista do Servico de Psiquiatria do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca [revista Internet].* 2008. Disponible en: [http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9\\_ficheiros/Crespo%20\\_%20P77-97.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Crespo%20_%20P77-97.pdf)
44. Pedreira Crespo V, (coord). *Plan Estratexico de Saude Mental. Galicia 2006-2011.* Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Sergas; 2007.
45. Programa de prevención de la conducta suicida del sector Dreta de L'Eixample. Barcelona: Hospital de la Santa Creu i Snt Pau. Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
46. Tejedor MC, Diaz A, Faus G, Perez V, Sola I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011; 39(5):280-7.
47. Sáiz P. A, Bobes, J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista Psiquiatria Salud Mental.* 2014 7, 1-4.
48. Suicide prevention. WHO European Ministerial Conference on Mental Health; Helsinki: World Health Organization; 2005.
49. Triñanes Y, Senra- Rivera C, Seoane G, González A, Alvarez M et al. Satisfacción y utilidad percibidas por pacientes y familiares acerca de la información sobre prevención de suicidio. *Revista de calidad asistencial.* 2014; 29 (1): 36-42

## ANEXOS

### ANEXO 1: ESCALAS

Fuente: Modificado de: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida del Sistema Nacional de Salud (6)

#### - ESCALAS AUTOAPLICADAS

##### ▪ Escala de la desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale, BHS*)

Mide el grado de pesimismo personal y las expectativas negativas en futuro inmediato y a largo plazo.

	V	F
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. <i>Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo</i>		
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. <i>No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años</i>		
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>		
7. <i>Mi futuro me parece oscuro</i>		
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>		
9. <i>No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro</i>		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>		
11. <i>Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable</i>		
12. <i>No espero conseguir lo que realmente deseo</i>		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. <i>Las cosas no marchan como yo quisiera</i>		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. <i>Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa</i>		
17. <i>Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro</i>		
18. <i>El futuro me parece vago e incierto</i>		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. <i>No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré</i>		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

Está compuesta por 20 preguntas, puntuadas de 0 a 1 en las que hay que contestar verdadero o falso. La puntuación final es de 0 a 20 puntos.

- Puntuación mayor o igual a 9 → riesgo de suicidio.

La desesperanza es uno de los factores de riesgo más asociados a la conducta suicida, la APA (36) propone que la desesperanza medida con esta herramienta debería de ser un factor de riesgo de suicidio y uno de los objetivos de tratamiento.

- ESCALAS HETEROAPLICADAS

▪ SAD PERSONS.

Creada por Patterson et al. Formada por 10 items, cada uno de ellos hace referencia a un factor de riesgo de suicidio, valorando la existencia/ inexistencia puntuando 0 o 1, respectivamente.

	SI	NO
<b>S: Sexo masculino.</b>		
<b>A: Edad (Age) &lt; 20 o &gt;45 años.</b>		
<b>D: Depresión.</b>		
<b>P: Tentativa suicida previa.</b>		
<b>E: Abuso de alcohol.</b>		
<b>R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).</b>		
<b>S: Carencia de apoyo social.</b>		
<b>O: Plan organizado de suicidio.</b>		
<b>N. No pareja o cónyuge.</b>		
<b>S: Enfermedad somática.</b>		
<b>Puntuación</b>		

- Puntuación < 2 → bajo riesgo suicidio
- Puntuación 3- 4 → riesgo moderado
- Puntuación 7-10 → riesgo muy alto.

Esta escala está recomendada en España por su contenido didáctico y la facilidad de aplicación, sobre todo es recomendable su uso en atención primaria.

▪ IS PATH WARM

Formada con la inicial de los factores de riesgo. Diseñada por American Association of Suicidology, propuesta como instrumento adecuado para valorar signos de alarma de la conducta suicida.

No contiene puntuaciones orientativas asociadas, pero podría ser útil para valorar el riesgo inmediato, ya que los factores de riesgo que evalúa, suelen encontrarse en los meses previos al intento.

<i>Ideation</i>	Presencia de ideación suicida
<i>Substance abuse</i>	Abuso de alcohol u otras drogas
<i>Purposelessness</i>	Pérdida de propósitos en la vida
<i>Anger</i>	Expresión de agresividad incontrolada
<i>Trapped</i>	Sentimientos de que no existe otra salida
<i>Hopelessness</i>	Desesperanza
<i>Withdrawing</i>	Reducción del contacto con familiares y amigos
<i>Anxiety</i>	Ansiedad, agitación o trastornos del sueño
<i>Recklessness</i>	Realización de actividades de riesgo sin considerar sus potenciales consecuencias
<i>Mood</i>	Cambios en el estado de ánimo

▪ Escala de ideación suicida (*Scale for Suicide Ideation, SSI*):

Diseñada por Beck, cuantifica y evalúa el alcance o intensidad de los pensamientos suicidas retrospectivamente o actualmente.

Está compuesta por 19 ítems clasificados en 4 apartados;

1. Actitud ante la vida/muerte.
2. Características de la ideación suicida.
3. Características de la tentativa
4. Preparativos realizados.

▪ Escala de intencionalidad suicida(*Suicide Intent Scal, SIS*):

Diseñada por Beck, cuantifica la gravedad de la conducta suicida reciente, aconsejando su uso tras el intento de suicidio. Se diseñó para valorar para valorar aspectos verbales y no verbales antes y después del intento suicida.

Compuesta por 15 ítems, en los que cada uno de ellos se valora en una escala de 0 a 2 según la intensidad, oscilando la puntuación total de 0 a 30.

La primera parte de la SIS (1 a 8 ítems) contiene las circunstancias objetivas relacionadas con el intento suicida, incluyendo:

- Grado de preparación del intento
- Contexto
- Precauciones contra el descubrimiento o intervención
- Etc.

La segunda parte es autoinformada, cubre:

- Percepciones letalidad del método
- Expectativas posibilidad rescate e intervención

- Etc.

Existe una versión adaptada y validada en una muestra española

- Escala de valoración de la depresión de Hamilton (*Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD*):

Esta escala fue diseñada para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva.

Contiene un ítem que valora la ausencia o presencia de ideación o conducta suicida, presentando una correlación alta con la SSI y con el ítem de conducta suicida del BDI. Es un predictor adecuado de la conducta suicida, puesto que se observa un incremento del riesgo suicida en pacientes con una puntuación de 2 o más.

Existe validación al castellano.

Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
Ideas de suicidio o amenazas	3
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4

## ANEXO 2: CLASIFICACIÓN SEGÚN TERMINOLOGÍA:

Tabla 1. Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al., propuesta por Silverman et al

<b>Ideación suicida</b>	a. Sin intencionalidad suicida	1. Casual
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad	2. Transitoria
	c. Con alguna intencionalidad suicida	3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente
<b>Comunicación suicida*</b>	a. Sin intencionalidad suicida: 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I)	
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II)	
	c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)	
<b>Conducta suicida*</b>	a. Sin intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)	
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)	
	c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)	
*Clasificación adicional para Comunicación y Conducta suicida: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación)</li> <li>- Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control)</li> <li>- Foco mixto</li> </ul>		

Fuente: Suicidio y psiquiatría (11)

### **ANEXO 3:**

#### **CUESTIONARIO**

Conteste brevemente en 5-6 líneas su impresión acerca de las siguientes preguntas:

1. ¿Consideras que serías capaz de detectar un paciente con riesgo de conducta suicida?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. ¿Conoces los factores de riesgo? En el caso que los conocieras, ¿Cuál sería el manejo de este tipo de pacientes?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. ¿Existe o tiene algún protocolo dirigido a la prevención de conductas suicidas?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. ¿Consideras que existe una necesidad de formación respecto a la identificación y abordaje de pacientes con riesgo o conducta suicida?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. Se asume que la carga de trabajo es alta, ¿puede ser motivo para que no se puedan abordar este tipo de casos?

Fuente: Elaboración Propia.

**ANEXO 4: CASOS CLÍNICOS.** Modificado de: Libro de Casos de la CIE-10 (Am Psychiatric Press Inc. Washington) Disponible en: <http://www.apalweb.org/docs/cie10c.pdf>

### **Caso 1**

Se trata de un joven soltero de 25 años.

Cinco semanas antes había atacado a su madre sin advertencia y pegándole salvajemente, hasta que su hermano fue en su ayuda. Durante las semanas siguientes tuvo una cantidad de explosiones agresivas y varias veces amenazó con quitarse la vida. Explicó el ataque a su madre diciendo que ella había tratado de perjudicarlo y que había recibido instrucciones de una fuerza extraterrestre para pegarle. Después del ataque se encerró en sí mismo, absorbido por sus propios pensamientos, y a menudo hablaba solo aun cuando otras personas estuvieran alrededor. A veces su familia tenía la impresión que escuchaba voces que otras personas no podían oír. Le dijo a su hermano mayor que tenía miedo de atacar a alguien, o de matarse; temía perder control de sus propios actos.

**Datos actuales:** El paciente era un joven bien parecido y estaba vestido apropiadamente. Al ser examinado estaba tenso, hablaba rápido y en forma excitada. Tenía tendencia a agitar la mano sin razón aparente. Su conversación estaba interrumpida por interpolaciones, y de vez en cuando se volvía incoherente e incomprensible. Se sonreía superficial e inapropiadamente. En la expresión de sus afectos era cerrado y se enojaba al hablar de su madre. Decía que ella lo hubiera querido muerto. Expresaba temor porque un poder extraterrestre llevaría su mente a otro planeta. Explicaba que este poder controlaba sus pensamientos y le daba órdenes para lastimar a otras personas. Aparentemente el poder extraterrestre hablaba sobre la situación de Ibrahim. Le decía que su madre lo quería ver muerto y le había dado instrucciones para matarla. Los últimos días antes de la internación, Ibrahim consideró la idea de matarse para impedir que el poder extraño tomara total control de él.

**Esquizofrenia paranoide, forma de evolución indeterminada, período de observación menor de un año.** Con un diagnóstico subsidiario provisional de: **Trastorno esquizoide de la personalidad.**

### **Caso 2**

Se trata de una mujer casada de 18 años. Vive con la familia de su esposo.

La paciente tiró aceite caliente a la cara de su marido y luego se metió dentro de un fuego encendido para tratar de quemarse hasta morir. Se la llevó al hospital para el tratamiento de las quemaduras y luego fue derivada a una clínica psiquiátrica por su intento de suicidio. Sólo hacía tres meses antes, la esposa de su hermano mayor se había matado de la misma manera. La paciente había presenciado el suicidio de su cuñada lo que la había traumatizado severamente. Desde ese momento perdió interés en su hogar y lo que la rodeaba. Casi no hablaba con nadie y estaba encerrada en sí



misma. Se la veía cansada, dormía poco y su apetito había disminuido. Durante los últimos días anteriores a su intento de suicidio no habló ni comió nada. El incidente ocurrió cuando estaba cocinando, como siempre lo hacía a esa hora del día. Los miembros de su familia dijeron que tiró el aceite a su esposo sin previo aviso y sin ninguna razón aparente. Algunos de

**Datos actuales:** Al ser examinada, yacía en la cama y se la veía pálida y aterrorizada. No hablaba ni se movía y no reaccionó de forma alguna al examen, excepto que seguía al facultativo con la mirada. El examen físico, incluyendo la evaluación neurológica no mostró anormalidades salvo signos de abandono y bajo peso.

**Episodio depresivo severo con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.** Con diagnóstico subsidiario de: **Lesión intencionalmente auto-inflingida con fuego y llamas**

### **Caso 3**

La paciente es una joven de 24 años. Es soltera, vive con sus padres y su hermana menor en un departamento en un quinto piso. Trabaja como vendedora en un comercio pequeño en un suburbio de la ciudad.

Después de discutir con sus padres amenazó con matarse saltando por la ventana. Los padres no sabían qué hacer y llamaron al médico de familia, el que los derivó a un servicio de psiquiatría. La paciente había estado en su habitación escuchando heavy metal rock en su estéreo. Tenía el volumen muy alto, entonces sus padres fueron a su habitación y le pidieron que bajara “esa música de locos” . Ella se rehusó y comenzó otra pelea. Cuando su madre apagó el estéreo, la paciente abrió la ventana y amenazó con saltar. Después de mucho discutir a los gritos, aceptó ser enviada al hospital. Una vez allí aceptó quedarse, sólo porque “la situación en la casa se había vuelto casi imposible”. De acuerdo a sus padres, esta situación había sido “catastrófica” los últimos cinco años. La paciente podía ser bastante agradable por momentos, pero se enojaba y se volvía peleadora enseguida sin razón aparente. Parecía contenta y satisfecha durante una hora o más, y de repente se quejaba de que la vida no valía la pena ser vivida. En varias ocasiones se fue de la casa para ir a vivir en un pequeño departamento sola. Pero, luego de cada oportunidad, volvió después de un tiempo para vivir con sus padres nuevamente. Nunca parecía saber qué era lo que realmente quería, dijeron sus padres. Sus planes para el futuro eran totalmente irreales y de todas maneras cambiaba los mismos en forma constante.

**Datos actuales:** La paciente era bastante atractiva y se vestía bien. La primera vez que llegó al hospital fue insolente y discutidora. Después de un rato, sin embargo se calmó y cooperó. Reconoció tener frecuentes sentimientos de ansiedad y depresión y que en realidad no sabía bien quién era o por qué se comportaba de la manera que lo hacía. Cuando se le preguntó acerca de preferencias sexuales, dijo no saber si le atraían más los hombres o las mujeres.

**Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, de tipo límite.**

## ANEXO 5 : POWER POINT

### PROGRAMA FORMATIVO EN PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS

### OBJETIVOS

- Entender que el suicidio es un problema grave.
- Ser capaz de identificar como se puede proteger a uno mismo y a otros del suicidio.
- Identificar factores que aumentan el riesgo de suicidio.
- Conocer las señales de advertencia del riesgo de suicidio.

### MITO O REALIDAD

- Personas que hablan de suicidarse no lo hacen – el suicidio sucede sin advertencia.
- Hablar del suicidio con un individuo puede darle la idea de intentarlo.
- Si una persona realmente quiere suicidarse, nadie tiene derecho de prevenirlo.
- La mayoría de los suicidios son causados por un solo evento dramático y/o traumático.
- No hay ninguna predisposición genética en el suicidio.
- Personas que se suicidan no han buscado ayuda médica antes de intentarlo.

### SUICIDIO

El suicidio (del latín *suicidare*; matarse a uno mismo) es el acto de quitarse la propia vida. Muchas religiones lo consideran un pecado y en algunas jurisdicciones se considera delito. Por otra parte, algunas culturas lo ven como una forma honorable de escapar de algunas situaciones humillantes, sin escapatoria o dolorosas en extremo.



### ETIOLOGÍA

#### Etiología biológica

- Desde el punto de vista biológico, se pone de manifiesto que las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro y niveles anormales de otros neurotransmisores

#### Etiología genética

- El riesgo de suicidio es más elevado en los individuos con antecedentes familiares de suicidio. (Fú. y otros; 2002).
- Aunque hay evidencia de factores genéticos que contribuyen al riesgo de conducta suicida, esto no significa que la conducta suicida es inevitable para los individuos con historial familiar; simplemente significa que tales personas pueden ser más proclives.

### ETIOLOGÍA

#### Etiología psicológica

- Los tres trastornos psicológicos más importantes que se han asociado con los intentos suicidas son: fracaso en la resolución de problemas interpersonales, altos niveles de desesperanza con respecto al futuro y una mala regulación del afecto (Sidley, 2001).
- Rasgos caracteriales que pueden presentar tendencias suicidas como: la tendencia al aislamiento social, la presencia de una baja autoestima, baja autoeficacia, pobre autoconcepto, sentimientos de abandono y desesperanza, visión negativa de sí mismo y su entorno, niveles elevados de impulsividad.
- La probabilidad de que el acto se realice se incrementa cuando se sufre una pérdida de un objeto querido, cuando se experimentan afectos abrumadores de furia o culpa (Teraiza y Meza, 2009).

## ETIOLOGÍA

### Etología sociológica

- Desde el punto de vista sociológico pretende recoger los factores de riesgo que pueden incrementar el riesgo de cometer un acto suicida.
  - La frecuencia del suicidio entre varones es mayor que entre las mujeres.
  - Las tasas de suicidio aumentan con la edad.
  - La frecuencia de suicidios es más alta en varones de raza blanca.
  - El suicidio es mayor entre los solteros, divorciados y viudos que en los casados.
  - A mayor nivel social de una persona, mayor es el riesgo suicida pero una caída en la escala social también aumenta el riesgo.
  - En cuanto a la profesión ciertos grupos ocupacionales como los psiquiatras, oftalmólogos y anestesiólogos tienen un riesgo mayor de suicidio.
  - La migración con sus problemas añadidos.

## FACTORES DE RIESGO

- Factores biológicos: disminución de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo.
- Trastornos psiquiátricos: incluye trastornos afectivos, alcoholismo y esquizofrenia, entre otros.
- Antecedentes familiares: presencia de familiares con intentos suicidas, suicidios, etcétera.
- Rasgos de personalidad premórbida: resalta los trastornos de personalidad antisocial o límite.
- Factores psicosociales y enfermedades médicas: incluye duelo reciente, divorcio, vida familiar crítica, jubilación, viudez reciente, enfermedades tales como epilepsia, cáncer, úlcera gastroduodenal, esclerosis múltiple, SIDA, etcétera.

## FACTORES PROTECTORES

Propios del Individuo	Propios del entorno
<ul style="list-style-type: none"> <li>Actitudes y valores en contra del suicidio</li> <li>Concepto del valor de la propia vida</li> <li>Habilidades sociales</li> <li>Manejo de la ira</li> <li>Capacidad de resolución de problemas</li> <li>Creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos.</li> <li>Autocontrol de la impulsividad.</li> <li>Alta autoestima.</li> <li>Alta resiliencia.</li> <li>Embarazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo familiar y social</li> <li>Participación social</li> <li>Accesibilidad a los dispositivos de salud</li> <li>Ambiente estable</li> <li>Adoptar valores culturales y tradicionales</li> <li>Tratamiento integral permanente y a largo plazo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Trastornos mentales</li> <li>Enfermedad física</li> <li>Abuso de alcohol</li> </ul> </li> <li>Restricción accesibilidad armas o medicaciones.</li> <li>Convivencia en pareja y presencia de hijos</li> </ul>

## ABORDAJE Y EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

### ENTREVISTA CLÍNICA

Adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya:

- Evaluación factores de psicológicos y contextuales que expliquen el motivo de la conducta suicida.

- Características de la conducta suicida.

Importante el contacto inicial, explicar objetivos de la entrevista y la actitud y destreza del clínico.

Imprescindible registrar toda la información y mantener contacto con los servicios especializados.



## ABORDAJE Y EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

CÓMO PREGUNTAR	QUÉ PREGUNTAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Se siente infeliz o desvalido?</li> <li>¿Se siente desesperado?</li> <li>¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?</li> <li>¿Siente la vida como una carga?</li> <li>¿Siente que la vida no merece vivirse?</li> <li>¿Siente deseos de suicidarse?</li> </ul>	<p>Explorar la existencia de un plan: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría? Explorar sobre el posible método: ¿Tiene pastillas, arma, insecticida o algo similar? Explorar si hay meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?</p>

### CUÁNDO PREGUNTAR

- Después de establecer empatía y la persona se siente comprendida
- Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos
- Cuando el paciente puede expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia



## RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE ACTUACIÓN EN PERSONAS POTENCIALMENTE SUICIDAS, SEGÚN NIVEL DE RIESGO

GRADO DE RIESGO	ACCIONES
<b>Bajo:</b> la persona tiene pensamientos suicidas pero no ha hecho plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo emocional</li> <li>• Hablar de la pérdida, aislamiento para lograr disminuir su confusión emocional</li> <li>• Reforzar su capacidad resolutoria anterior</li> <li>• Derivar a CSM</li> <li>• Citarlo con regularidad y mantener contacto continuado</li> </ul>
<b>Medio:</b> la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo emocional</li> <li>• Explorar alternativas al suicidio</li> <li>• Pactar que no va a cometer un suicidio</li> <li>• Derivar a CSM preferente</li> <li>• Contactar con familia, amigos</li> <li>• Prescribir fármacos seguros en caso de sobredosis</li> </ul>
<b>Alto:</b> la persona tiene un plan definido, medios y planea hacerlo inmediatamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pactar medidas de contención con el paciente y la familia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañamiento</li> <li>• No acceso a métodos letales</li> </ul> </li> <li>• Derivar urgente a centro sanitario para valoración por Salud Mental</li> </ul>

## ACTITUD CLÍNICO DURANTE LA ENTREVISTA

- Capacidad para afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal.
- Transmitir que nuestros conocimientos están dispuestos para ayudar
- Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes
- No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta
- Mostrar calma y seguridad
- Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitar preguntas morbosas
- Comunicar a los familiares la existencia de un posible riesgo y de las medidas a tomar sin generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes
- Manejar, si la situación lo admite, el humor, pero evitar siempre el sarcasmo y la ironía
- Atender no sólo a lo que la persona dice sino también a su expresión, gestos, tono de voz, etc.
- Ante cualquier atisbo de ideación suicida se requiere la participación activa del profesional. A mayor sospecha de riesgo suicida, más directiva debe ser la actuación.



### CÓMO COMUNICARSE

- ✓ Escuchando atentamente, permaneciendo calmado;
- ✓ Entendiendo los sentimientos de la persona (sintiendo empatía);
- ✓ Transmitiendo mensajes no verbales de aceptación y respeto;
- ✓ Expresando respeto por las opiniones y valores de la persona;
- ✓ Hablando honesta y genuinamente;
- ✓ Demostrando interés, preocupación y calidez;
- ✓ Centrándose en los sentimientos de la persona.

### CÓMO NO COMUNICARSE

- ✓ Interrumpiendo con demasiada frecuencia;
- ✓ Escandalizándose o emocionándose;
- ✓ Manifestando que está ocupado;
- ✓ Siendo condescendiente;
- ✓ Haciendo comentarios indiscretos o poco claros;
- ✓ Haciendo preguntas tendenciosas.



## DERIVACIÓN A OTRO SERVICIO

### ¿Cuándo remitirlo?

Cuando la persona presenta:

- enfermedad psiquiátrica;
- una historia de intento de suicidio previo;
- una historia familiar de suicidio, alcoholismo o enfermedad mental;
- salud física deficiente;
- ningún apoyo social.

### ¿Cómo remitirlo?

- El trabajador de salud primaria debe tomarse tiempo para explicar a la persona la razón de su remisión.
- Concertar una cita.
- Informar a la persona que la remisión no significa que el trabajador de la salud esté evadiendo el problema.
- Reunirse con la persona después de la consulta.
- Mantener contacto periódico.

### ❑ INTENTO DE SUICIDIO → derivación urgente a un servicio de urgencias hospitalario:

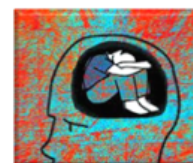
- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria.
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente).

### ❑ INTENTO DE SUICIDIO, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental, si:

- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado.
- Presencia de enfermedad mental grave.
- Conducta autolítica grave reciente.
- Intentos de suicidio previos.
- Situación socio familiar de riesgo o de falta de apoyo.
- Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición.

### ❑ En caso de ideación o conducta suicida se podría considerar la derivación preferente al servicio de salud mental (en el plazo de una semana) cuando no estén presentes ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan todas las circunstancias siguientes:

- Alivio tras la entrevista
- Intención de control de impulsos suicidas
- Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas
- Apoyo socio familiar efectivo.



## SI TIENES PENSAMIENTOS SUICIDAS...

- \*\* No estás sólo.
  - \*\* Los pensamientos suicidas normalmente están asociados con problemas que pueden resolverse.
  - \*\* Las crisis de suicidio suelen ser pasajeras.
  - \*\* Los problemas rara vez son tan graves como parecen a primera vista.
  - \*\* Las razones para vivir ayudan a superar momentos difíciles.
- Piensa en las cosas que te han sostenido en los momentos difíciles: tu familia, tus aficiones, tus proyectos para el futuro...

- ACUDIR A SU CENTRO DE SALUD
- Teléfono de urgencias: 081 o 112.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (ofrecen información y apoyo y disponen de algunos recursos psicosociales). [www.feafes.com](http://www.feafes.com).
- Teléfono de la Esperanza (tienen teléfono de crisis 24 horas en las principales poblaciones españolas). [www.telefonodelaesperanza.org](http://www.telefonodelaesperanza.org).
- [www.suicidioprevencion.com](http://www.suicidioprevencion.com)
- [www.redaipsis.org](http://www.redaipsis.org)

## DUELO

- SHOCK
- ATURDIMIENTO
- CONFUSIÓN
- BÚSQUEDA
- ANGUSTIA Y DESESPERACIÓN
- TRISTEZA
- ENFADO
- CULPA
- ALIVIO
- MIEDO



### QUÉ HACER

para superar el duelo

#### ACEPTAR LA PÉRDIDA

Es importante que intente aceptar que la persona no va a volver. Hable con los demás de cómo se está sintiendo. ✓

#### TRABAJAR CON EL DOLOR Y LAS EMOCIONES

Tiene que darse tiempo para entender y aceptar emociones y sentimientos. Intentar evitar estos sentimientos hace que la situación no termine de superarse. ✓

#### APRENDER A VIVIR SIN LA PERSONA QUERIDA

Puede significar aceptar nuevas tareas que antes no se hacían o aprender nuevas habilidades. Debe intentar reconstruir su vida o hacer que su día a día vuelva a la normalidad, volviendo al trabajo y haciendo poco a poco las actividades de antes. ✓

#### SEGUIR ADELANTE

Debe pensar en el futuro sin la persona fallecida y adaptar los planes de futuro a la nueva situación. ✓

## BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [accesado 14 de mayo 2014]. Disponible en: [www.who.int/entity/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf)
- Ayuso-Mateos JL, Baeza-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez Vetal. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2012; 5(1), 8-23.
- Grupo de trabajo de la Guía de Prácticas Clínicas de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (evalia-t); 2012.
- Afrontando la Realidad del Suicidio. Orientaciones para su prevención. FEAFES (2006). Disponible en: [http://www.mespsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/vqsc\\_esc14.pdf.pdf](http://www.mespsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/vqsc_esc14.pdf.pdf)

# MUCHAS GRACIAS